

**Vilje
gir vekst**



Regionalplan for folkehelse i Rogaland 2013–2017



Forord



Det er med stor glede vi presenterer Regionalplan for folkehelse i Rogaland. Planen ble vedtatt i Fylkestinget i desember 2012 og uttrykker den langsiktige folkehelsepolitikken i fylket for den neste fire års perioden.

Arbeidet har pågått siden høsten 2010 og planen er blitt til gjennom dialog med en rekke ulike aktører innenfor offentlig og frivillig sektor.

Som politiker og leder av styringsgruppen for planen, har det vært interessant å få innblikk i det store mangfoldet av prosjekter og tiltak på folkehelseområdet. Jeg er særlig imponert av den frivillige innsatsen som årlig legges ned i folkehelsearbeidet i Rogaland.

Samhandlingsreformen med ny folkehelselov har gitt fylkeskommuner og kommuner forsterket ansvar i folkehelsearbeidet. Helse er ikke lenger bare et anliggende for helsesektoren men et tverrfaglig ansvar som omfatter en rekke ulike sektorer på tvers av fag og forvaltningsnivå.

Med Regionalplan for folkehelse ønsker vi å synliggjøre at folkehelse er samfunnsutvikling, og at en helsefremmende politikk på alle samfunnsområder vil være en lønnsom investering for fortsatt vekst og bærekraftig utvikling i vårt fylke.

Gjennom kunnskapsbaserte tiltak og en rettferdig fordeling av ressursene i tråd med lokalt utfordringsbilde, vil vi bidra til å oppfylle hovedmålet i planen om å fremme god helse og utjevne sosiale helseforskjeller. Helse i plan og videre utvikling av partnerskap for folkehelse i Rogaland vil være sentrale virkemidler i så måte.

På vegne av styringsgruppen og Rogaland fylkeskommune vil jeg takke alle som har bidratt i arbeidet!

Vi ser frem til å realisere planen sammen med dere!

Vennlig hilsen

Inghild Vanglo

Leder av politisk styringsgruppe for planen



Fylkesvåpenet for Rogaland blei godkjent i kongeleg resolusjon 11. januar 1974. Korsmotivet er inspirert av steinkorset som blei reist til minne om Erling Skjalgsson frå Sola. Skjalgsson var høvdingen som fall i slaget mot Olav Haraldsson i Soknasundet år 1028 e.Kr.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Planprosessen	4
1.3 Strukturen i dokumentet	5
1.4 Begrepsavklaring	6
1.5 Nasjonale og regionale føringer.....	8
2 Rolleavklaring i folkehelsearbeidet	14
2.1 Aktørenes roller skjematisk fremstilt i tabell	14
2.2 Folkehelseperspektivet i samhandlingsreformen	18
2.3 Utfordringer knyttet til fordeling av ansvar og samordning av tiltak	19
3 Kunnskapsgrunnlaget	20
3.1 Kunnskapsgrunnlaget.....	20
3.2 Utfordringsbildet i Rogaland skjematisk fremstilt	20
3.3 Mangler i statistikkgrunnlaget.....	33
4 Handlingsdel for planperioden	36
4.1 Visjon	36
4.2 Hovedmål og strategier.....	37
4.3 Bakgrunn for valg av mål og strategier	37
4.4 Fylkeskommunale satsingsområder for planperioden	38
5 Aktive og trygge lokalsamfunn, samfunns- og arealplanlegging – delmål og strategier 2013–2017	42
5.1 Bakgrunn	42
5.2 Hovedprioriteringer	44
5.3 Delmål, strategier og tiltak 2013–2017	45
6 Støttende miljø for psykisk helse – delmål og strategier 2013–2017.....	48
6.1 Bakgrunn	48
6.2 Hovedprioriteringer	50
6.3 Delmål, strategier og tiltak 2013–2017	51
7 Sunne levevaner – delmål og strategier 2013–2017	54
7.1 Bakgrunn	54
7.2 Hovedprioriteringer	57
7.3 Delmål, strategier og tiltak 2013–2017	58
8 Partnerskap for folkehelse i Rogaland	60
8.1 Bakgrunn	60
8.2 Strategier for styrking og videre utvikling av partnerskapet i planperioden 2013–2017.....	62
9 Evaluering og videre oppfølging av planen	64
Noter	66



1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Det regionale folkehelsearbeidet er fra 2010 blitt en lovpålagt oppgave for fylkeskommunene. I den nye loven har fylkeskommunen fått ansvar for å fremme folkehelse i egen virksomhet. Fylkeskommunen skal videre til enhver tid ha oversikt over helsestanden i fylket og faktorer som påvirker denne. Samtidig skal fylkeskommunen være en aktiv pådriver for, og samordne det øvrige folkehelsearbeidet i fylket.

Rogaland fylkeskommune ønsker, i tråd med den nye loven, i sterkere grad å synliggjøre folkehelse som et regionalpolitisk satsingsområde. Som regional utviklingsaktør vil fylkeskommunen i samarbeid med kommunene og andre offentlige og private

aktører ta ansvar for utviklingen på dette feltet i Rogaland.

I forbindelse med evaluering av handlingsplan for folkehelse i 2009 ble det vedtatt å utarbeide en ny regionalplan for folkehelse.

1.2 Planprosessen

Planprosessen startet opp høsten 2010 og planprogrammet ble vedtatt i fylkestinget 7. juni 2012 (FT sak 45/11). Planarbeidet har vært organisert med en politisk styringsgruppe, et sekretariat og fire ressursgrupper sammensatt av personer med relevant fagkunnskap knyttet til de ulike satsingsområdene skissert i planen. I tillegg har det vært gjennomført ulike medvirkningsopplegg rettet mot aktørene i



partnerskap for folkehelse, representanter for seksjoner i egen organisasjon og et utvalg av elever i videregående skole.

Det har vært to politiske styringsgrupper som har fulgt planen. Følgende politikere har deltatt og medvirket i planperioden:

Inghild Vanglo, AP leder
Rune Tvedt, SV
Alf Henning Heggheim, SP
Oddny Turøy, KRF
Mohamad Osman, H
Terje Larsen, PP
Svein Abrahamsen, V
Anita Egeli, V

Ragnhild Osmundsen, H, leder før valget
Jarle Braut, V

1.3 Strukturen i dokumentet

Første del omhandler bakgrunn, rolleavklaring og kunnskapsgrunnlag for planen. Handlingsdelen innledes med en beskrivelse av visjon, hovedmål og hovedstrategier. I de neste tre kapitlene presenteres tre ulike satsingsområder med tilhørende delmål og delstrategier for planperioden. Her beskrives også hvilke tiltak som skal iverksettes i 2013. Avslutningsvis omtales strategiene for videre utvikling av partnerskap for folkehelse og en kort beskrivelse av hvordan planen tenkes evaluert og fulgt opp videre.



1.4 Begrepsavklaring

Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid omfatter både helsefremmende og forebyggende arbeid, og kan defineres som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon. (NOU:1998:18)

Helse

Begrepet helse kan forstås på ulike måter. Tradisjonelt sett har god helse blitt forstått som fravær av sykdom, men i senere tid er det blitt mer vanlig å se på god helse som en ressurs, eller velbefinnende, som kan gi mennesker styrke til å mestre hverdagens krav.¹

Psykisk helse

Alle mennesker har en psykisk helse og dette begrepet omhandler livskvalitet forstått som i hvilken grad man føler seg vel med andre, har positive følelser om andre og evne til å møte livets utfordringer.

Psykiske vansker refererer til grader av angst, depresjon, søvnvansker, alkoholmisbruk osv. Vanskene vil variere med bakgrunn i type og omfang av symptomer og i ulik grad påvirke daglig fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker.

Psykiske lidelser gjelder psykiske plager der symptombelastningen er av en slik art at det kan stilles en diagnose.²

Myndiggjøring

Myndiggjøring (Empowerment) er et begrep som brukes ofte i forbindelse med helsefremmende arbeid. Begrepet tar utgangspunkt i et positivt syn på mennesket og kan defineres som en prosess hvor individer, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere sine egne utfordringer. Det motsatte av opplevd myndiggjøring er makteløshet. Myndiggjøring i samfunnsplanleggingen handler om å engasjere hele det sivile samfunnet, herunder enkeltindividet, grupper, foreninger og organisasjoner, aktivt i planleggings- og utviklingsprosesser.³



Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid har en klar sammenheng med politikk på alle samfunnsnivå. World Health Organisation definerer helsefremmende arbeid som: «*The process of enabling people to increase control over, and improve, their health*».⁴

I 1986 kom den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid som ble holdt i Ottawa, Canada. Konferansen resulterte i «Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid» som har vært retningsgivende for mange lands innsats på dette området.

Hovedtrekkene i Ottawa-charteret er:

1. Å bygge opp en sunn folkehelsepolitikk med helse på dagsorden på alle nivå.
2. Å skape et støttende miljø.
3. Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling.
4. Å utvikle personlige ferdigheter.
5. Å reorientere helsetjenesten fra kurativ til helsefremmende arbeid.

Helsefremmende arbeid forutsetter høy grad av tverrfaglig samarbeid og iverksetting av et bredt spekter av virkemidler. Dette kan spenne helt fra individrettede tiltak, for å påvirke personlig livsstil, til mer overordnede tiltak som f. eks tilrettelegging av fysisk miljø eller bruk av virkemidler som prisregulering og lovgivning.

Forebyggende arbeid

Med forebyggende arbeid menes innsats rettet mot å fjerne eller redusere risiko-



faktorer for å forhindre eller utsette sykdomsforløp (primær), forhindre forverring eller videreutvikling av sykdom (sekundær) eller minske følgene sykdom får for funksjon og livskvalitet (tertiær).⁵

Hva folkehelsearbeid ikke er – en avgrensning

Folkehelse omfatter ikke kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg. Det omfatter heller ikke habilitering / rehabilitering.⁶

1.5 Nasjonale og regionale føringer

NASJONALE FØRINGER

Ny folkehelselov

Den nye folkehelseloven ble iverksatt fra 2012 og forplikter fylkeskommunene til å:

- ha en pådriver- og samordningsrolle for det sektorovergripende folkehelsearbeidet med vekt på å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene

- ivareta folkehelseperspektivet i egen tjenesteyting, forvaltning og planlegging
- holde oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer med betydning for folkehelsearbeidet i fylket

Plan – og bygningsloven

Ny plan- og bygningslov gjeldende fra 1. juli 2009, styrker fylkeskommunene som planmyndighet og tydeliggjør fylkeskommunenes ansvar for å ivareta folkehelse og helsehensyn i planlegging etter loven.

Andre relevante nasjonale føringer

- Stortingsmelding nr. 47 – (2008–2009) Samhandlingsreformen
- Stortingsmelding nr. 12 – (2006–2007) Regionale fortrinn – regional framtid.
- Stortingsmelding nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
- Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge
- Stortingsmelding nr. 9 (2006–2007) Arbeid, velferd og inkludering
- Stortingsmelding nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Fremtiden tannhelsetjeneste



- Stortingsmelding nr. 16 (2006–2007)
Og ingen sto igjen. Tidlig innsats for livs-
lang læring.
- Stortingsmelding nr. 39 (2000–2001).
Friluftsliv – en veg til høgare livskvalitet.
- Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006)
Mestring, muligheter og mening Fram-
tidas omsorgsutfordringer

(Listen er ikke uttømmende)

REGIONALE FØRINGER

Fylkesplanen for Rogaland

Folkehelsearbeidet er i hovedsak plassert under satsingsområdet *Kvalitet*, i kapitlene *Bærekraftig regional utvikling i samarbeid*, *helsefremmende arbeid* og *fysisk aktivitet*.

Fylkesdelplan for friluftsliv, idrett, naturvern og kulturvern (FINK)

Folkehelse er et gjennomgående perspektiv i FINK.

Regionalplan for et inkluderende samfunn

Regionalplan for et inkluderende samfunn ble vedtatt i fylkestinget i juni 2010. i planen vises det blant annet til at;

«Arbeid for inkludering og mot diskriminering er nært forbundet med folkehelsearbeidet, da det er klare koblinger mellom levekår og god helse i befolkningen.

Folkehelsearbeid og mangfolds arbeid er sektorovergripende arbeidsområder og forutsetter samarbeid mellom alle sam-



funnssektorer og forvaltningsnivåer og at konkrete tiltak planlegges, utvikles og iverksettes i et forpliktende samarbeid mellom berørte parter».⁷

Fylkesdelplan for universell utforming

Universell utforming skal være et overordnet prinsipp i all planlegging og tilrettelegging. Dette er bakgrunnen for utarbeidelsen av fylkesdelplanen for universell utforming 2007–2011. I denne er fem satsingsområder valgt:

1. Kunnskap og kompetanse
2. Bygg og anlegg
3. Uteområder, friluftsliv og reiseliv
4. Informasjons- og kommunikasjons-teknologi
5. Samferdsel

Folkehelsearbeidet og arbeidet med universell utforming må sees i sammenheng. På dette feltet er det også en tydelig forbindelse mellom folkehelsearbeidet og arbeidet for bedre levekår i befolkningen.

Regionale areal og transportplaner

De regionale areal- og transportplanene har som intensjon å sikre en samordnet areal- og transportplanlegging i regionen. Planene sikrer samlokalisering og tilgjengelighet til viktige funksjoner som handel, arbeidsplasser og tjenestetilbud i sentrumsområdene og langs hovedkollektivtraseene.

Videre ivaretas mål om en by- og tettstedsutvikling med aktive, attraktive og levende nærmiljø, som gir gode muligheter for friluftsliv og rekreasjon, minsker presset på naturen og gir minst mulig støy og luftforurensning. Det er et mål at flest mulig skal kunne oppleve natur og drive friluftsliv i tilknytning til eget nærmiljø. Trygg tilgjengelighet til handel, tjenester, servicefunksjoner, parker, nære friområder, elver og vann skal sikres for alle brukergrupper.



Regionale planer som grunnlag for innsigelse

Regionale myndigheter vurderer og gir uttale til kommunale planer etter plan og bygningsloven. Fylkeskommunen er i §§5-4 og 5-6 i pbl. gitt plikt og rett til å fremme innsigelse på en rekke områder med hensyn til kommunalt planarbeid.

Innsigelse kan fremmes dersom kommunene gjennom sin arealplanlegging ikke følger opp bestemmelser i loven, forskrift, statlig planretningslinje, statlig eller regional planbestemmelse, eller overordnet plan.

Dette kan være knyttet til manglende hensyn til regionale føringer vedrørende etablering og ivaretagelse av grønnstruktur

og nærfriluftsområder, vurdering av folkehelsehensyn og rettferdig fordeling av negative miljøfaktorer ved lokalisering av støyende og forurensende industri, ivareta rekkefølgekrav for sosial og teknisk infrastruktur ved utbygging av nye boligområder, sikre universell utforming osv.

Mer informasjon om hvordan folkehelsehensyn kan ivaretas i plan finnes i ulike sjekklister, blant annet i IS dokument 0333 – Folkehelse og kommuneplanlegging.







2 Rolleavklaring i folkehelsearbeidet

Folkehelsearbeidet forutsetter høy grad av tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom fylke, stat, kommuner og frivillige organisasjoner.

Den nye folkehelseloven som ble iverksatt fra 1. januar 2012 legger føringer for

hvilken rolle de ulike aktørene skal ha i folkehelsearbeidet. Det er naturlig å ta utgangspunkt i disse og foreta en avklaring av hva som skal være RFK sine primære oppgaver i denne planperioden.

2.1 Aktørenes roller skjematisk fremstilt i tabell

Aktører	Hovedoppgaver
Helse- og omsorgsdepartementet	Helse- og omsorgsdepartementet styrer helse- og omsorgstjenesten gjennom et omfattende lovverk, årlige budsjetter og med hjelp av statlige myndigheter og foretak.
Helsedirektoratet	Helsedirektoratets ansvar etter Folkehelseloven, fremgår av § 24: «Helsedirektoratet skal følge med på forhold som påvirker folkehelsen og bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling

Aktører	Hovedoppgaver
	av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Helsedirektoratet skal gi kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Direktoratet skal videre samarbeide med Nasjonalt folkehelseinstitutt om å gjøre tilgjengelig opplysninger om helse-tilstand og påvirkningsfaktorer etter § 25.»
Folkehelseinstituttet	Nasjonalt folkehelseinstitutt skal overvåke utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, samt drive forskning på folkehelseområdet. Departementet kan i forskrift gi utfyllende bestemmelser om opplysninger som skal gjøres tilgjengelig for kommunen og fylkeskommunen.
Fylkesmannen	Fylkesmannen er statens fremste representant i fylket og skal arbeide for at Stortinget og Regjeringens vedtak, mål og retningslinjer blir fulgt opp i Rogaland. Oppgavene er i hovedsak veiledning, tilsyn og klagebehandling rettet mot enkeltpersoner, kommuner og bedrifter. Fylkesmannen skal medvirke til å samordne, forenkle og effektivisere statlig virksomhet i fylket og har blant annet oppgaver innen fagområdene miljøvern, landbruk, utdanning, helse, beredskap, sosial- og familierett, kommuneøkonomi og planlegging. Fylkesmannen er tilsynsmyndighet i folkehelsearbeidet og skal som fagorgan systematisk følge med og overvåke situasjonen og utviklingstrekkene i fylket. Fylkesmannen er også iverksetterorgan i tillegg til delegert myndighet til å fortolke regelverket. Rollen som ansvarlig for å gi råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner i deres folkehelsearbeid er formalisert i ny folkehelselov. Alle fylkesmennene skal ha tilsatt en eller flere personer som fungerer som rådgivere og koordinatore for fylkenes innsats innen folkehelsearbeid, bl.a. gjennom koordinering av offentlige, private og frivillige aktørers deltakelse i partnerskap eller andre former for forpliktende samarbeid.

Aktører	Hovedoppgaver
Kommunene	Kommunen har ulike roller og oppgaver i folkehelsearbeidet: 1. Lokaldemokratiet har stor innflytelse på rammevilkårene for en god og tydelig folkehelsepolitikk. Viktige deler av folkehelsearbeidet handler om å mobilisere innbyggere og nærmiljøer til å ta ansvar for egne liv og handlinger. 2. Kommunen er både en tjenesteyter og en viktig samfunnsaktør. Kommunens virksomhet gir et naturlig utgangspunkt for å være pådriver og mobilisere til nye partnerskap/forpliktende samarbeid på tvers av både offentlige tjenester, frivillig sektor og lokalt næringsliv. I samarbeid på tvers skapes nye handlingsrom og muligheter for å løse folkehelseutfordringer. 3. Kommunen har en viktig rolle i å samordne lokale initiativ med føringer fra nasjonale og regionale organer i folkehelsearbeidet. 4. Kommunen kan i stor grad påvirke hvordan lokalmiljøene utformes. Lokal arealplanlegging, byutvikling, trafiksikkerhetsarbeid, universell utforming og gode møteplasser er stikkord for kommunens fysiske eller miljørettede folkehelsearbeid. 5. Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Kommunen ivaretar tjenestene helsestasjon, skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, smittevern mv.
Frivillige aktører	Frivillige aktører spiller en sentral rolle i folkehelsearbeidet. Denne gruppen omfatter en mengde ulike foreninger, lag, institusjoner og enkeltpersoner som innen sine felt, f.eks kultur eller friluftsliv, organiserer og utfører et arbeid som direkte eller indirekte bidrar på alle områder av folkehelsearbeidet. Selv om de har ulike hovedmål for sin virksomhet kan de på forskjellige måter fungere som nyttige og verdifulle supplement til det offentlige tilbudet. Betydningen av frivillige organisasjoner kan oppsummeres i følgende punkter: 1. Frivillig sektor tilbyr aktivitet og opplevelser som gir mestring, mening, fellesskap, tilhørighet, glede og vekstmuligheter. Dette er helsefremmende både for fysisk og psykisk helse

Aktører	Hovedoppgaver
	2. Det ligger et stort uutnyttet potensiale i å vinkle frivillig virksomhet i folkehelseeretning slik at aktivitetene som tilbys har en helsefremmende effekt og virker sosialt utjevnende ved at en når risikogrupper eller flest mulig av befolkningen. Det er viktig at frivillig sektor er klar over sin mulighet til å gi helsefremmende bidrag til samfunnet. 3. Frivillig sektor er full av mennesker med høy kompetanse som kan være til stor nytte for de øvrige aktørene i et regionalt folkehelsearbeid.⁸
Fylkeskommunen	Fylkeskommunen har ulike roller i folkehelsearbeidet. Under følger de viktigste: 1. I den regionale utviklingsrollen ligger ansvaret for, i samarbeid med kommuner og regional stat, å utforme en folkehelsepolitikk for regionen. 2. Folkehelsearbeidet skal samordne ulike krefter, på tvers av fag, nivåer og sektorer for å sikre en hensiktsmessig ressursutnyttelse og mulighet for måloppnåelse. Planforankring i fylkeskommunens overordnede planverk bør ivareta kontinuitet i arbeidet og angi retningen for hele fylkets folkehelsearbeid. 3. For å kunne ivareta politikk- og planleggerrollen skal fylkeskommunen ha oversikt over viktige folkehelseutfordringer og påvirkningsfaktorer lokalt og regionalt som kan følges over tid. 4. Fylkeskommunene skal fylle en kompetanserolle der de gir råd og veiledning til kommuner og frivillige krefter. 5. Folkehelse skal integreres i alle beslutningsprosesser og i utøvelse av rollen som eier av virksomhet og eiendom, arbeidsgiver, utviklingsaktør, planmyndighet, tjenesteyter m.v. 6. Fylkeskommunen skal gjennom rollen som regional planmyndighet legge til rette for god utforming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst og levekår i alle deler av regionen. En skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller samt bidra til å forebygge kriminalitet.⁹



2.2 Folkehelseperspektivet i samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen, med ny nasjonal helse- og omsorgsplan, ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny lov om folkehelsearbeid, ble iverksatt fra 1. januar 2012.

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen presenterte tre utfordringer som reformen søker å løse:

Utfordring 1: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester

Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Et sentralt budskap i samhandlingsreformen er at folkehelsearbeidet i kommunene skal styrkes. Helsetjenesten er bare en av flere bidragsytere til dette arbeidet, i og med at det er kommunen som sådan og ikke en bestemt sektor som har ansvar for å fremme befolkningens helse. Kommunenes frie



inntekter er siden 2010 styrket til dette formålet. Med riktig og øremerket prioritering av midler kan kommunene legge til rette for et målrettet, samordnet og systematisk folkehelsearbeid for å løse lokale folkehelseutfordringer. Et viktig premiss for å ivareta dette blir å styrke samhandlingen mellom ulike nivåer og tjenester.¹⁰

2.3 Utfordringer knyttet til fordeling av ansvar og samordning av tiltak

En sentral utfordring for det videre folkehelsearbeidet er at flere av aktørene, gjen-

nom overordnede føringer, er tildelt oppgaver som overlapper hverandre. Dette kan bidra til god kvalitetssikring av arbeidet, men kan også medføre dobbeltarbeid og parallell innsats. Fra RFK sin side er det derfor viktig at det legges til rette for en tett dialog med alle aktører vedrørende dette i Rogaland. Fordeling av ansvar og samordning av tiltak, bør derfor være fast punkt på halvårslige nettverksmøter i partnerskap for folkehelse og hovedtema på faste dialogmøter mellom fylke, regional stat og KS.



3 Kunnskapsgrunnlaget

3.1 Kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget for planen er sammensatt av følgende:

1. Resultatene fra kartleggingen av helsetilstanden og sentrale påvirkningsfaktorer for helse i Rogaland.
2. Innspill fra fire ressursgrupper sammensatt av personer med faglig kompetanse innenfor samfunns- og arealplanlegging, psykisk helse og levevaner. Deltakerne er hentet fra aktørene i partnerskap for folkehelse, samt regionale statlige aktører og utdanningsinstitusjonene.
3. Tilgjengelig teori og lovverk på området.

3.2 Utfordringsbildet i Rogaland skjematisk fremstilt

I tabellen til høyre omtales utfordringer knyttet til en rekke ulike indikatorer med be-

tydning for valget av mål, strategier og tiltak i planen. Vi har valgt å knytte fremstillingen til tre hovedområder: fysisk miljø, levevaner og psykisk helse.

Utfordringene er beskrevet på bakgrunn av nasjonal statistikk, tilgjengelig teori om sentrale påvirkningsfaktorer for helse, kombinert med resultatene fra kartleggingen av helsetilstanden i Rogaland.

Generelt sett er helsetilstanden i vårt fylke god sammenlignet med landet forøvrig. Vi har imidlertid utfordringer knyttet til områder og indikatorer som står sentralt for utvikling av god helse og utjevning av sosiale helseforskjeller. Videre ser vi store forskjeller mellom kommunene i Rogaland og at enkelte kommuner i vårt fylke kommer negativt ut på flere ulike indikatorer.

Område	Fysisk miljø
Boligpriser	Boligmarkedet er en kilde til økonomisk ulikhet mellom eiere og leiere, mellom generasjoner, og mellom ulike geografiske områder. Boligmarkedet kan også være både dyrere og mer risikofyllt for dem med svak økonomi, og dermed forsterke eksisterende forskjeller. Vanskeligstilte som klarer å kjøpe seg en bolig kan få et økonomisk løft, men det er en risiko for å havne i ytterligere økonomisk ufare for dem som ikke klarer utgiftene.¹¹ Rogaland er blant fylkene med høyest kvadratmeterpris på boliger, og kommunene i Stavangerregionen har landets høyeste boligpriser. Dette kan medføre at allerede utsatte lavinntektsgrupper i Rogaland som f.eks. unge nyetablerere, enslige forsørgere og minstepensjonister kan oppleve fattigdom eller økonomiske vanskeligheter, eventuelt en ufrivillig bosituasjon med kortsiktig og uforutsigbar leie av bolig. Videre kan presset i boligmarkedet medføre en utvikling av ensformige boligområder med små boenheter, store innslag av utleieboliger og begrenset bo- og uteoppholdsareal.
Bomiljø	De siste årene har det vært en høyere grad av fortetting i Rogaland enn det som fremgår av retningslinjene i gjeldende regionale planer.¹² Videre har vi sett at boligsammensetningen i byomformingsområdene vært for ensartet. I et folkehelseperspektiv er dette uheldig i og med at stabile og helsefremmende bomiljø blant annet er kjennetegnet av tilgjengelige boliger for mennesker i ulike livsfaser med ulike behov. En for høy grad av fortetting kan medføre redusert bokvalitet pga. dårligere solforhold, mindre utearealer, tap av utsikt, mer innsyn og støy. Et ensformig boligområde uten variasjon i boligtyper og steds-kvaliteter, kan igjen medføre homogenitet i beboersammensetningen, hyppig utskiftning av beboere, forslumming og forsterkning av allerede eksisterende levekårsproblemer i et område.
Lokalisering av offentlige og private service-funksjoner	Avstand mellom bolig, skole, arbeidsplass og alle andre private og offentlige servicefunksjoner vi oppsøker til daglig, påvirker hverdagsaktiviteten og i hvilken grad vi har mulighet for å delta i samfunnet. Samlokalisering av viktige funksjoner i kommunesentra og langs hovedkollektivtraseene øker tilgjengeligheten for dem som ikke disponerer bil. Videre bidrar bydelssentra til å bygge opp under aktive lokalsamfunn med handel og offentlige/ private tjenestetilbud i gang- og sykkelavstand. Ansvar for å sikre at teknisk og sosial infrastruktur er på plass før en starter utforming av nye boligområder, er i hovedsak et

Område	Fysisk miljø
	kommunalt ansvar. Rogaland fylkeskommune stiller imidlertid krav til en samordnet areal- og transportplanlegging, hvor viktige funksjoner/ tjenester skal lokaliseres i sentra eller langs hovedkollektivaksene.
Tilrettelegging for aktiv transport	Med aktiv transport menes i hovedsak gange og sykkel, men også kollektivtransport. Å ha tilgjengelige transportalternativer er viktig både i et helse- og miljøperspektiv, men også for å hindre isolasjon. Dette gjelder særlig barn, unge og eldre. Tilgjengelighet til transport er svært ulikt fordelt i Rogaland. Aktiv transport er i hovedsak et byfenomen, mens beboere i utkantkommuner i stor grad er avhenging av bil. Transport økonomisk institutts rapport 869/2006 ser på barns fysiske bomiljø, aktiviteter og daglige reiser. Her blir det slått fast at økende biltrafikk og økt transport av barn til ulike aktiviteter er negativt for barns helse og trivsel. Når det gjelder barns skolevei, påviser undersøkelsen en klar sammenheng mellom skoleveiens lengde og barns reisemåte. 79 % går når skoleveien er under 500 m, 14 % når lengden er mellom 2–3 km, mens det kun er 2 % som går når avstanden er mer enn tre km.¹³
Mobilitet for barn, ungdom og eldre	Mobilitet er et viktig aspekt for velferd og livskvalitet. Barn, ungdom og eldre er i stor grad avhengige av kollektivtransporttilbud, gang- og sykkelmuligheter for å kunne bevege seg aktivt. Et stort flertall av eldre fra 67 år og oppover sier at å få transport når man trenger det, er helt sentralt for deres livskvalitet. Likevel er det mange eldre i Norge i dag som har et utilfredsstillende transporttilbud. Ikke alle har mulighet til eller ønsker å kjøre bil. Mange bor slik til kollektivtransport ikke er et alternativ. Holderplassen er ofte for langt unna, og er man ikke sikret sitteplass, er det mange eldre som ikke tar sjansen på å reise kollektivt. TT-ordningen er relativt dårlig kjent, og et flertall av de som har TT-kort, synes ikke at det dekker reisebehovet. (Kilde: TØI rapport 1179/2011) Med en økende gruppe av eldre i samfunnet er det viktig å tilrettelegge transporttilbudet for denne gruppen. I Rogaland forventes det ca. 80 % økning i antall eldre (fra 67 år) bare frem til 2030 (Panda/ RFK, 2012). Transporttilbud, som for eksempel bestillingsruter eller TT-kort til eldre er derfor viktige folkehelse tiltak som medvirker til at flere eldre kan være selvhjulpne og bo lenger i eget hjem.
Trafikkulykker	Rogaland er blant fylkene med flest trafikkdrepte i Norge Kartleggingen av helsetilstanden i Rogaland viser at det i perioden fra jan–nov 2011 ble drept 10 personer i trafikken i Rogaland.



Område	Fysisk miljø
	Rogaland er imidlertid blant fylkene med lavest antall trafikkdrepte og skadde i forhold til innbyggertallet. Tallene for Rogaland er like fullt alvorlige med tanke på all den lidelse og kostnader dette medfører for pårørende og samfunnet for øvrig. Trafikkulykker er ett av Norges største folkehelseproblemer. Transportøkonomisk institutt har beregnet at de samfunnsmessige kostnadene for trafikkulykker ligger på 24 milliarder kroner, noe som utgjør 4 % av BNP.
Kriminalitet	Rogaland ligger under landsgjennomsnittet når det gjelder anmeldte lovbrudd, men har hatt en økning i antall voldssaker fra 4,5 pr. 1000 innbyggere i 2009 til 5 pr. 1000 innbyggere i 2010. Når det gjelder narkotikakriminalitet er Rogaland blant fylkene med størst økning med 8 saker pr. 1000 innbyggere i 2010. Kriminalitet er i liten grad et tema i samfunns- og arealplanlegging i dag. Dersom nasjonale mål og prinsipper for sentrumsutvikling følges, vil imidlertid mange av vilkårene for trygge bysamfunn være oppfylt.



Område	Fysisk miljø
Helsekonsekvensvurderinger av planlegging	Det foreligger i liten grad konsekvensutredninger som belyser hvilke konsekvenser regionale og lokale tiltak og planer har for helse og sosiale ulikheter i helse. Dette omfatter vurderinger av hvilke direkte og indirekte konsekvenser planen vil ha for fysisk og psykisk helse, samt hvorvidt tiltakene i planen bidrar til en mer rettferdig fordeling av positive og negative påvirkningsfaktorer for helse.
Levekårsstatistikk som grunnlag for samfunns- og arealplanlegging	Levekårsstatistikk er i liten grad integrert som et planleggingspremiss i kommunene i Rogaland i dag. Det er kun gjennomført levekårsundersøkelser i Stavanger og Klepp kommune, hvor disse har blitt benyttet aktivt i forbindelse med kommune- og områdeplanleggingen. Gjennomføring av levekårsundersøkelser er i tråd med kravene i ny folkehelselov. En mer aktiv bruk av levekårsundersøkelser i kommune- og områdeplanleggingen kan forhindre en utbygging/fortetting som bidrar til eller forsterker opphopning av dårlige levekår i visse områder. Mer spesifikt kan en gjennom levekårsundersøkelser avdekke i hvilke områder en bør tilrettelegge og planlegge for økte kvaliteter og økt variasjon i bygningsmassen.
Forankring av folkehelsearbeid i økonomiplan	Dersom regionale og kommunale folkehelseiltak skal gjennomføres i praksis, må det i større grad fastsettes hvor mye ressurser og bevilgninger som kreves for gjennomføring av tiltak. Eventuelle tiltak må forankres med avsatte midler til ressurser og bevilgninger i økonomiplanen.



Område

Helse i plan kompetanse

Fysisk miljø

Det er behov for økt kompetanse blant regionale/lokale politikere og planleggere mht. sammenhengen mellom byutvikling, bolig, fysiske omgivelser og helse / fordeling av helse. Kompetanse må innarbeides i forbindelse med behandlingen av kommunale plansaker og i eget regionalplanarbeid.

Område

Alkohol – voksne

Levevaner

Det foreligger ikke statistikk på fylkesnivå når det gjelder denne indikatoren. Levekårsundersøkelsen til SSB fra 2008 som gir tall for Rogaland og Agder samlet sett, viser imidlertid at alkoholkonsumet blant voksne i denne delen av landet øker, og at menn står for hele økningen.

I Helse- og levekårsundersøkelsen til SSB i 2008 oppgav 17 prosent av befolkningen i Agder og Rogaland at de drakk alkohol 2 eller flere ganger i løpet av uken. Dette er en økning fra forrige undersøkelse i 2005, og er omtrent på landsgjennomsnittet på 18 %. Både i Rogaland og Agder, og landet for øvrig, er det flere menn enn kvinner som drikker alkohol. Videre viser undersøkelser at alkoholforbruket er størst blant mennesker med høyere utdanning og inntekt.

Område	Levevaner
Fysisk aktivitet	Det foreligger ikke tilgjengelig statistikk på fylkesnivå for denne indikatoren. Nasjonale undersøkelser viser imidlertid at fire av fem nordmenn beveger seg for lite. Videre ser en at aktivitetsnivået faller kraftig fra 9 års alder og frem til 15 års alder og videre inn i voksen alder. Av helse- og levekårsundersøkelsene fra SSB fremgår at aktivitetsnivået i Agder og Rogaland har økt betydelig siden slutten av 1990-tallet. Andelen som aldri mosjonerer har gått ned fra nesten 30 % til i underkant av 15 prosent, mens andelen som mosjonerer ukentlig eller oftere har økt fra rundt 55 % til nesten 75 %. Selv om mosjon og trening på fritiden har økt noe de siste årene, kompenserer ikke dette for redusert aktivitet og mye stillesitting i dagliglivet ellers. Det er ellers slik at den positive utviklingen i aktivitetsnivået i størst grad har vært gjeldende for den delen av befolkning som allerede har god helse, dvs. grupper med høy utdanning og inntekt.
Kosthold	Det foreligger ikke statistikk om kostholdsvanene i Rogaland verken på fylkes- eller kommunenivå. Helse- og levekårsundersøkelsene til SSB viser imidlertid at kostholdsvalgene blant befolkningen i Agder og Rogaland ikke har endret seg stort de siste årene. Rundt seksti prosent spiser grønnsaker, frisk frukt og bær en eller flere ganger daglig, 16 % prosent spiser fisk eller sjømat en eller flere ganger daglig og rundt 10 % spiser søtsaker daglig.
Kreft	Kreftdødeligheten er høyere i Rogaland enn i landet for øvrig selv om avstanden til landsgjennomsnittet ikke er stor. I 2009 var dødeligheten blant menn 126 personer pr. 100 000 innbyggere (0–74 år, begge kjønn) mens det på landsbasis var 120 personer. Dødeligheten blant kvinner i Rogaland var 110 personer, som er rett over landsgjennomsnittet på 106 personer pr. 100 000 innbyggere. Kreftdødeligheten har imidlertid økt i flere Rogalandskommuner etter 2009. For kvinner gjelder dette i 8 Rogalandskommuner og for menn finner vi økt kreftdødelighet blant hele 9 kommuner. Til sammenligning gikk kreftdødeligheten for kvinner i Rogaland ned med 9 % prosent og på landsbasis med 10 % i denne perioden. For menn gikk kreftdødeligheten både for Rogaland og landet ned med 14 % i denne ti års perioden.





Område	Levevaner
Mindre røyking og rusmiddelbruk blant barn og unge	Ungdataundersøkelsen i Rogaland fant at ungdommer drikker mindre alkohol og bruker mindre rusmidler enn tidligere. Nærmere halvparten av ungdomsskoleelevene har aldri drukket alkohol og nærmere en fjerdedel oppgir at de har smakt noen få ganger. Blant elevene i vgs. er andelen 14 % på begge disse svaralternativene. Det er også sosiale forskjeller i alkoholkonsum. Alkoholbruk er knyttet til høy sosial status, og ungdom med foreldre med høy utdanning og høy inntekt drikker mest alkohol.¹⁴
Overvekt blant barn	De siste tretti årene har det vært en jevn økning i andelen barn og unge med overvekt (FHI). I 2010 var det 22 prosent jenter og 17 prosent gutter med overvekt og fedme på landsbasis. I Helse Vest holder andelen jenter med overvekt og fedme seg stabil på 19 prosent, som for øvrig er den laveste andelen i landet. Andelen gutter med overvekt og fedme er derimot gått opp fra 14 prosent i 2008 til 18 prosent i 2010, som er ett prosent over landsgjennomsnittet.

Område	Levevaner
Røyking – Gravide	I Rogaland øker andelen kvinner som røyker i begynnelsen av svangerskapet. På landsdelen har andelen gått ned det siste året. Sammenlignet med resten av landet ligger imidlertid røykeandelen blant gravide i Rogaland stort sett under eller på landsgjennomsnittet. Statistikken viser at det er de yngste mødrene som røyker mest under svangerskapet. Årsaken kan være at unge mødre tilhører en annen sosioøkonomisk gruppe enn eldre gravide.
Røyking – voksne	Røyking er ansett for å være en av de viktigste årsakene til redusert helse- og levealder. Sammen med dårlig kostholdsvaner er røyking en av de viktigste risikofaktorene for å bli rammet av hjerte- og karsykdommer, lungekreft og kols. I Rogaland er andelen dagligrøykende av begge kjønn mellom 16 og 74 år, gått ned med 40 % i fra perioden 1995–1999 til perioden 2006–2010. I landet for øvrig har det vært en tilsvarende reduksjon og Rogaland ligger på landsgjennomsnittet.
Sosiale helseforskjeller og levevaner	Forskning viser at kostholdet i grupper med lav sosial status er mindre gunstig helsemessig sett enn i bedre stilte grupper. Det er store ulikheter i kostholdet ut fra sosial posisjon i samfunnet. Lavstatusgruppene spiser mer billig og energirik mat (fett- og sukkerholdige produkter) og mindre grønnsaker. Med et mulig unntak for bruk av alkohol, er helseatferd som gir økt risiko for sykdom stort sett mest utbredt i grupper med kort utdanning og lav inntekt.
Tannhelse	Alle tannhelsedistrikt i Rogaland viser en solid bedring i tannhelsen over de siste årene. Andelen 5-åringer uten hull i tennene har stabilisert seg på et høyt nivå, og i 2010 var det i overkant av 80 prosent uten karieserfaring, som er likt landsgjennomsnittet. 18-åringene i Rogaland har imidlertid flere hull i tennene enn 18-åringer ellers i landet. Når det gjelder tannhelse hos barn under 5 år, voksne og eldre, finnes ingen løpende rapportering. Barn med innvandrerbakgrunn ser ut til å ha mer karies i tennene enn barn med norsk bakgrunn. (Skeie 2005)
Vekten øker	Mindre fysisk aktivitet i hverdagen og et kaloriinntak som ikke er tilpasset aktivitetsnivået, er en av årsakene til at fedme og overvekt er blitt en av Norges største folkesykdommer – og forekomsten øker i de fleste aldersgrupper.

Område	Levevaner
	Det foreligger ikke tilgjengelig statistikk for Rogaland isolert sett på denne indikatoren, men Helse- og levekårsundersøkelsen til SSB fra 2008, viser at utviklingen i overvekt blant befolkningen i Agder og Rogaland følger stort sett samme utvikling som for landsgjennomsnittet. Andelen menn og kvinner over 16 år med fedme i Agder og Rogaland var henholdsvis 11 og 9 prosent i 2008. Dette er en økning på to prosentpoeng for begge kjønn fra undersøkelsen som ble gjennomført i 2005.

Område	Psykisk helse
Bolig	Tilgang til egen bolig er en grunnleggende betingelse for å kunne etablere et trygt og selvstendig liv. En god bolig skal som minimum dekke beboerens grunnleggende behov for trygghet for liv og helse, for personlig hygiene og for hvile.¹⁵ I tillegg er boligen et viktig sted for privatliv og selvutfoldelse. Et godt sted å bo er ofte en viktig forutsetning for integrering og deltakelse i samfunnet. Bolig utgjør sammen med helse og arbeid de tre grunnleggende hovedelementene i velferdssamfunnet. I Rogaland utgjør kombinasjonen av høye salgs- og leiepriser for boliger, og en lav andel kommunale boliger, en sentral folkehelseutfordring både når det gjelder den enkeltes helse og behovet for å rekruttere kvalifisert personell til offentlig sektor
Høy legemiddelbruk mot psykiske lidelser blant eldre i Rogaland	Tilgjengelig statistikk viser at forekomsten av psykiske lidelser blant voksne og eldre har vært stabil de siste årene, men at Rogaland er et av fylkene med høyest bruk av legemidler mot psykiske lidelser blant den eldste aldersgruppen mellom 65–79 år.
Lav formell utdanning i Rogalands-barnehagene	Barnehager av god kvalitet fremmer språkutvikling, læring, evnen til å tenke (kognisjon) og trolig også evnen til å omgås andre. Dette er sentrale faktorer for utvikling av en god psykisk helse. Kvalitetsbarnehager vil gjennom dette bidra til å redusere forskjellene i skoleprestasjoner mellom barn fra ressursfattige og ressursrike miljøer. Synkende kvalitet på barnehagene eller redusert tilgang på gode barnehager vil svekke disse helsefremmende faktorene.¹⁶ Utviklingen når det gjelder kvalitet i barnehagen i vår region, er bekymringsfull i og med at Rogaland er et av fylkene med lavest andel barnehageledere med godkjent utdanning. Tallene viser også at hele 18 kommuner i fylket kommer negativt ut sammenlignet med både gjennomsnittet for landet og fylket på denne indikatoren.

Område	Psykisk helse
Mobbing blant barn og unge	Det er godt dokumentert at mobbing er en av de største risikofaktorene for utvikling av psykiske lidelser. Ungdomsundersøkelsene som er utført i 15 kommuner i Rogaland viser at 10 % av ungdommene i undersøkelsen oppgir at de utsettes for plaging, trusler eller utfrysing en gang i måneden eller oftere. Elevundersøkelsene som gjennomføres hvert år viser at det ikke er store forskjeller til landsgjennomsnittet, men at det sammenlignet med landet er en noe større andel 7. klassinger og en noe andel lavere 10. klassinger i Rogaland som er utsatt for mobbing. Flere kommuner i Rogaland sliter imidlertid mer med mobbing i skolen enn både gjennomsnittet for landet og Rogaland.
Overgang mellom ungdomsskole og videregående skole	Kompetansegruppen for psykisk helse som har gitt faglige innspill til dette planarbeidet har bla. trukket frem betydningen av å sikre elevene gode overganger mellom ungdomsskole og vgs. En utfordring er derfor at elever som begynner i vgs. i dag, har som oftest ingen kjent bakgrunn for skolehelsetjenesten.
Rogaland bruker minst på forebyggende arbeid blant barn mellom 0–5 år	Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er sentral i det forebyggende arbeidet for å hindre utvikling av psykiske lidelser gjennom å bidra med sosial støtte og følge opp barn som er i risikosoner. Av «Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten» – IS-1798, fremgår at den nasjonale minstenorm for bemanning i helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjeneste er at helsesøster bør ha følgende oppfølgingsansvar: Helsestasjonen: 100 % stilling på 65 fødsler pr år Skolehelsetjenesten: 35 % stilling pr. 100 elever på barne-trinnet og 100 % stilling pr. 550 elever på ungdomstrinnet. Statistikken viser imidlertid at selv om driftsutgiftene til helsestasjons og skolehelsetjenesten har gått betydelig opp, har Rogaland landets laveste driftsutgifter målt i kroner pr. barn mellom 0–5 år. Dette gjenspeiles i antallet årsverk av helsesøstre i helsestasjonene, der Rogaland sammen med Oslo kommer dårligst ut i landet. Når det gjelder det gjelder tilsvarende tall for aldersgruppene fra 5 og oppover er det pr. i dag ikke tilgjengelig statistikk på dette i Rogaland.
Skolehelsetjenesten i vgs. i Rogaland	Skolehelsetjenesten i vgs. skal fremme god psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. (Kilde: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten)

Område	Psykisk helse
	Høsten 2011 ble det gjennomført en forvaltningsrevisjon av helsetjenester i videregående opplæring. Av rapporten fremgår at samarbeidet mellom fylkeskommunen og vertskommunen er lite planmessig og personavhengig. Både fra skolehelsetjenesten og skolene gis det uttrykk for at det er et stort behov for å legge til rette for et mer utvidet og omfattende systemrettet tilbud. Det er grunn til å tro at skolehelsetjenesten i vgs. på langt nær oppfyller de nasjonale anbefalingene om å ha 100 prosent helsesøster stilling pr. 800 elever i videregående skole.
Sosial støtte	Graden av sosial støtte er en av de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utvikling av psykiske lidelser. Det foreligger ikke tall på dette på fylkes- eller kommunenivå, men levekårsundersøkelsen fra 2008 viser at hver fjerde innbygger i Agder og Rogaland kun har to eller færre mennesker de kan regne med ved personlige problemer. Det har vært en negativ utvikling siden forrige levekårsundersøkelse i 2005 og den negative utviklingen har vært mest fremtredende hos menn.
Sykefravær	Rogaland ligger imidlertid godt an når det gjelder sykefravær med landets laveste andel på 4,7 prosent. Enkelte kommuner i fylket ligger imidlertid over lands og fylkesgjennomsnittet og kun fem av 26 kommuner i Rogaland har hatt nedgang i sykefraværet det siste året.
Uførhet	Når det gjelder uførhet har Rogaland lavere uføregrad enn landsgjennomsnittet, men fem kommuner ligger over landsgjennomsnittet med Haugesund og Eigersund på topp med en uføreandel på 9 og 9.5 prosent.
Et høyt antall unge uføre i Rogaland	Rogaland er i absolutte tall, blant fylkene med flest uføre i den yngste gruppen med opp i mot 900 unge uføre i aldersgruppen 18–29 år. Dette er bekymringsfullt selv om en del av forklaringen er befolkningssammensetningen i fylket og et mer spesialisert arbeidsmarked.

Område	Psykisk helse
Utdanning og inntekt	I følge en rapport fra levekårsundersøkelsen i 2005 er det individene med lavest utdanningslengde tilsvarende ungdomsskolenivå, og arbeidsledige som er mest utsatt for å utvikle psykiske plager. I den sammenheng kan både sosial isolasjon fra samfunnet, lav opplevelse av egen mestringsevne og økonomiske problemer være avgjørende.¹⁷ Det å oppleve økonomiske problemer er ofte en stor påkjenning som kan føre til bekymringer og psykisk stress. Et slikt stress-mønster kan på lang sikt resultere i både fysiske plager og nedsatt psykisk helse med innslag av depresjoner og angst.¹⁸ På landsbasis er det flere som tar høyere utdanning men sammenlignet med landsgjennomsnittet har Rogaland en lavere andel med høyere utdanning utover videregående skole. Rogaland har imidlertid en høyere andel personer med videregående utdanning enn landet for øvrig, men en lavere andel personer med grunnskoler som høyeste utdanning enn landsgjennomsnittet. Rogaland ligger godt an når det gjelder inntekt med en medianinntekt som er 56 000 kroner høyere enn gjennomsnittet for landet for øvrig. Tolv kommuner har imidlertid en høyere andel lavinntektshusholdninger enn fylkesgjennomsnittet og fire kommuner har også en høyere andel enn landsgjennomsnittet på denne indikatoren, med Haugesund og Finnøy på topp med nesten 10 prosent.

3.3 Mangler i statistikkgrunnlaget

Kartleggingen av helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for helse i Rogaland, viser at vi mangler statistikk på en rekke ulike områder med stor betydning for helse.

Dette gjelder først og fremst indikatorer som går på opplevd helse i form av opplevelse av trivsel, livskvalitet og sosial støtte. Videre mangler vi statistikk knyttet til helsefremmende faktorer i det fysiske miljøet og data knyttet til levevaner i befolkningen.

Folkehelseinstituttet arbeider for tiden med å utvikle en felles mal for befolkningsundersøkelser i fylkene. Når denne malen foreligger vil RFK kunne ta stilling til hvorvidt det er hensiktsmessig å gjennomføre en slik undersøkelse. Inntil videre bør kommunene kartlegge om det finnes relevant statistikk knyttet til denne type indikatorer i de ulike kommunale tjenesteområdene.







4 Handlingsdel for planperioden

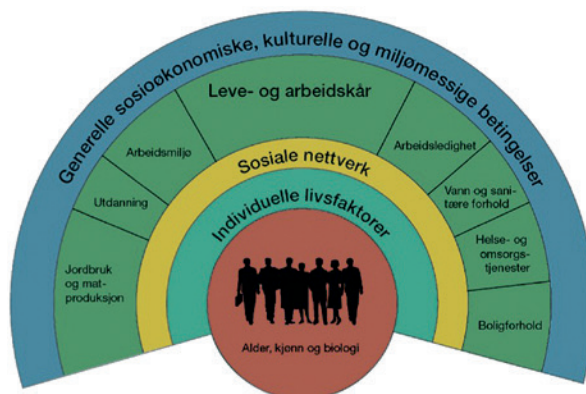
4.1 Visjon

Helse i alt vi gjør – sammen utvikler vi ett godt Rogaland

Med denne visjonen ønsker vi å synliggjøre at folkehelsearbeid er samfunnsutvikling og at alle sektorer må ta ansvar for å fremme god helse og utjevne sosiale helseforskjeller. Leger, medisiner og sykehus kan kun avhjelpe 10 prosent av folks helseproblemer. De øvrige 90 prosent må samfunn og fellesskap ta seg av.

Gjennom å tenke helse i alt vi gjør ønsker vi at folkehelse løftes frem som et nytt regional- og lokalpolitisk satsingsom-

råde i vår region. Dette vil være en sentral investering i arbeidet med å utvikle Rogaland til ett attraktivt og godt fylke å bo i for alle mennesker på alle stadier av livet.



Figur1. Den sosiale helsemodellen
(Whitehead og Dahlgren. 1991).

4.2 Hovedmål og strategier

Hovedmål	Hovedstrategier
Fremme god helse og utjevne sosiale helseforskjeller	Å skape støttende miljø for god helse på alle arenaer der folk ferdes og lever sine liv. Iverksette en sunn helsepolitikk på alle nivå med politiske vedtak som viser tyngde og handlekraft i folkehelsearbeidet.
En styrket politisk og administrativ forankring av folkehelsearbeidet	Synliggjøre helsefremmende og forebyggende arbeid som en sentral investeringsfaktor for vekst og utvikling.
Et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid	Sikre at folkehelsearbeidet rettes mot faktiske utfordringer og i tråd med tilgjengelig kunnskap om hvilke tiltak som fungerer Bidra til etablering av gode evalueringsrutiner for det regionale folkehelsearbeidet Synliggjøre forskningsbehov og være en pådriver for at det settes i gang nye forskningsprosjekt knyttet til regionalt og lokalt folkehelsearbeid i Rogaland.

Alle delmål, strategier og tiltak innenfor de ulike satsingsområdene skal bidra til å oppfylle målene i planen.

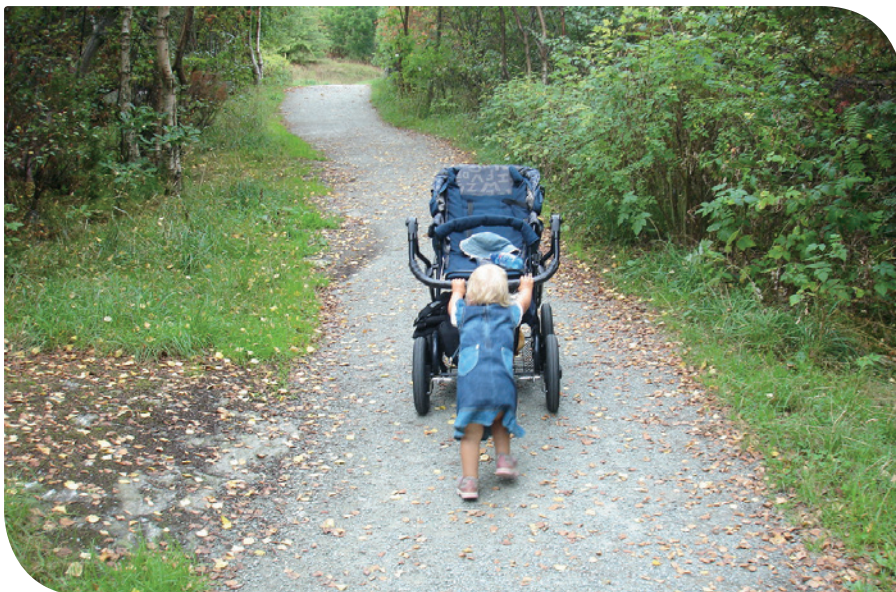
4.3 Bakgrunn for valg av mål og strategier

Et av hovedmålene med denne planen er at folkehelsearbeidet i Rogaland skal være mer kunnskapsbasert. Denne målsetningen har også vært utgangspunktet for valg av mål, strategier og tiltak i handlingsdelen.

Med et kunnskapsbasert folkehelsearbeid menes at arbeidet skal være basert på best mulig tilgjengelig kunnskap i form av flere elementer som forskning og teori, overordnet lovverk og erfaringsbasert kunnskap, fremkommet gjennom medvirkning og «best practice» eksempler fra lokalt folkehelsearbeid.

Det er videre lagt vekt på at valg av mål, strategier og tiltak skal møte regionale og lokale folkehelseutfordringer og sees i sammenheng med hvilken rolle og reelle virkemidler de ulike aktørene har for å støtte opp om en god fysisk og psykisk helse i befolkningen.

I satsingsområdet «*Aktive og trygge lokalsamfunn...*», står folkehelse i samfunnsplanleggingen sentralt. Delmål, strategier og tiltak her omhandler i hovedsak hvordan RFK og kommunene i Rogaland gjennom planlegging kan legge til rette for en samfunnsutvikling som støtter opp om helsefremmende og forebyggende faktorer som kommer hele befolkningen til gode.



Under «*Støttende miljø for psykisk helse*» er delmål, delstrategier og tiltak valgt med bakgrunn i hva vi konkret vet om utfordringene i Rogaland mht. tilstanden og påvirkningsfaktorer for psykisk helse. Prioriteringene er videre bygget på anbefalingene i Rapporten «*Bedre føre var*» fra FHI 2010, som gir en oversikt over hvilke tiltak som er evidensbasert og gjennom forskning er dokumentert å ha ønsket effekt. Enkelte tiltak er også valgt på bakgrunn av erfaringer med tilsvarende prosjekter andre steder i landet. Det er også lagt vekt på å videreføre prosjekter og aktiviteter som allerede er igangsatt og fungerer godt.

I satsingsområdet «*Sunne levevaner*» er det lagt vekt på å rette hovedinnsatsen mot befolkningsrettede tiltak som går inn på arenaer der man når alle, f.eks. barnehage og skole. I Rogaland har vi en rekke frivillige aktører som gjør en formidabel innsats i arbeidet med å bidra til en mer aktiv befolkning. RFK ønsker å styre ressursene mot å videreføre allerede eksisterende prosjekter rettet mot skolen, samt få til et løft i arbeidet med å få flere inaktive i Rogaland i aktivitet.

I kapittel 9 omtales strategier for hvordan vi ønsker at *Partnerskap for folkehelse i Rogaland* skal utvikle seg videre. Prioriteringene her bygger i hovedsak på innspill vi har fått gjennom medvirkningsopplegg og evaluering av partnerskapet som ble gjennomført i 2010.

4.4 Fylkeskommunale satsingsområder for planperioden

I planperioden vil Rogaland fylkeskommune først og fremst prioritere å:

Ivareta vårt lovpålagte ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for helse.

Det betyr at Rogaland fylkeskommune skal styrke egen kompetanse på området, ha løpende oversikt over helsetilstanden og hvert fjerde år lage en rapport som dokumenterer tilstanden og utviklingen i fylket. Rapporten vil være en del av arbeidet med regional planstrategi, og være utgangspunkt for revisjon av Regionalplan for folkehelse.



Ta ledelsen i partnerskap for folkehelse i Rogaland og understøtte det lokale folkehelsearbeidet gjennom veiledning, kompetanse- og metodeutvikling.

Det betyr at Rogaland fylkeskommune skal ta ledelsen og ivareta sitt ansvar som pådriver for lokalt folkehelsearbeid. Dette gjøres gjennom å videreutvikle og styrke partnerskap for folkehelse i Rogaland.

Styrke folkehelseperspektivet i regional planlegging.

Det betyr at Rogaland fylkeskommune er regional planmyndighet med ansvar for å veilede og hjelpe kommunene med planfaglig kompetanse. Det innebærer også at vi vil prioritere å øke egen kompetanse på helse i plan og styrke folkehelseperspektivet i eksisterende og nytt regionalt planverk.

Fremme sunne levevaner og god psykisk helse blant elever i videregående skole.

Rogaland fylkeskommune har ansvar for videregående opplæring. Det betyr at vi kan nå svært mange i aldersgruppen 16–19

år. RFK bør ta et spesielt ansvar for å for å fremme god helse og forebygge sykdom, skade eller lidelse for denne gruppen. På bakgrunn av dette vil Rogaland fylkeskommune i løpet av planperioden sette i verk konkrete tiltak i større omfang for denne gruppen enn for andre.

Styrke folkehelsearbeidet i egen virksomhet.

Gjennom fylkeskommunale arbeidsområder som opplæring, plan, samferdsel, kultur, HMS, personal og universell utforming har Rogaland fylkeskommune et godt utgangspunkt for å bidra til planens hovedformål om å fremme god helse og utjevne sosiale helseforskjeller.

Rogaland fylkeskommune vil ha fokus på tverrfaglig forankring av folkehelseperspektivet i egen virksomhet. Det vil bli utarbeidet konkrete samarbeidsavtaler med hver enkelt avdeling, som formaliserer hvordan og med hvilke ressurser det aktuelle fagmiljøet skal bidra til å oppfylle målsetningene i Regionalplan for folkehelse.



Forankre folkehelseperspektivet i alle tilskuddsordninger.

Rogaland fylkeskommune forvalter mange økonomiske tilskuddsordninger. Betydelige midler støtter arbeid og prosjekter med direkte eller indirekte betydning for folkehelse. Det vil bli en gjennomgang av fylkeskommunale tilskuddsordninger for å vurdere om kriterier for tildeling kan ivareta hovedmålsettinger og strategier i denne planen.

Evaluerer tiltak

Rogaland fylkeskommune ønsker å etablere gode evalueringsrutiner i folkehelsearbeidet. Vi vil bidra til å synliggjøre forskningsbehov, invitere relevante utdannings- og forskningsinstitusjoner i fylket til samarbeid og være en pådriver for at det blir igangsatt nye forskningsprosjekter med betydning for folkehelsearbeidet.





5 Delmål og strategier 2013–2017

Aktive og trygge lokalsamfunn – samfunns- og arealplanlegging

5.1 Bakgrunn

Folkehelsearbeidet og utvikling av aktive og trygge lokalsamfunn er to sider av samme sak. Sosiale betingelser og fysiske omgivelser påvirker levekår, livskvalitet og helse på forskjellige måter.

Samfunns- og arealplanlegging er derfor et av de viktigste virkemidlene for å oppnå hovedmålsettingen om å fremme god helse, trivsel, inkludering og utjevning av sosiale helseforskjeller.

Folkehelse i Plan og bygningsloven

Folkehelse, som en del av planarbeidet, er hjemlet i plan- og bygningsloven § 3-1: Pkt. e: Legge til rette for god utforming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode

oppvekst og levekår i alle deler av landet. Videre i pkt. f: Fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller samt bidra til å forebygge kriminalitet.

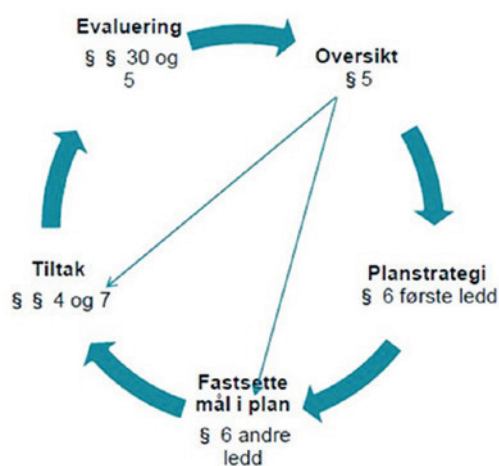
Føringer i ny folkehelselov

Ny folkehelselov (som ble iverksatt fra januar 2012) bygger på og er samordnet med plan- og bygningsloven. Folkehelseloven gir kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter ansvar for å fremme folkehelse i alle sektorer gjennom å legge til rette for at helsehensyn skal integreres i beslutningsprosesser og i utøvelse av rollen som eier av virksomhet og eiendom, arbeidsgiver, utviklingsaktør, planmyndighet, tjenesteyter m.v. Det nye regelverket angir også en ny arbeidsform for folkehelsearbeidet. Kommuner og fylkes-



kommuner skal ha nødvendig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og gjennom dette arbeidet identifisere sine folkehelseutfordringer, jf. §§ 5 og 21. Disse

skal inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningsloven, og som grunnlag for tiltak. Det systematiske folkehelsearbeidet er illustrert gjennom figuren under.



Det systematiske folkehelsearbeidet.



5.2 Hovedprioriteringer

- Ivareta kravene i Plan- og bygningsloven og ny folkehelselov vedrørende helse i plan
- Tilføre økte personalressurser og øke kompetansen på helse i plan i egen organisasjon
- Innarbeide helse i plan som en tydeligere satsning i regionale areal- og transport-planer
- Styrke veiledningen mot kommunene

RFK sin rolle og funksjon:

- Regional planmyndighet
- Planeier
- Forvalter av ulike økonomiske tilskudds-ordninger

Sentrale samarbeidspartnere:

- Fylkesmannen i Rogaland
 - Kommuner
 - Statlige aktører
 - Frivillige organisasjoner
 - Næringsliv
-

5.3 Delmål, strategier og tiltak 2013–2017

Delmål 1: Det skal fastsettes tydelige regionale retningslinjer for hvordan folkehelseperspektivet skal ivaretas i kommunenes samfunns- og arealplanlegging

Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
Styrke forankringen av folkehelseperspektivet ved rullering og utarbeiding av nye regionale areal- og transportplaner	Kartlegge og vurdere om gjeldende retningslinjer vedrørende grøntstruktur, bokvalitet, rekkefølgekrav, estetikk, varierte boligtyper, tilgjengelighet, bymiljø og stedsutvikling, bør skjerpes ved rullering eller utarbeidelse av eksisterende/nye regionale areal- og transportplaner Vurdere hvordan utjevning av sosiale helseforskjeller kan ivaretas bedre i regionale areal- og transportplaner	Rfk
Styrke veiledningen til kommunene når det gjelder helse i plan	Opprette en 100 % stilling med kompetanse på folkehelse, helse i plan og statistikk. Stillingen skal dekke innhenting og analyse av statistikk knyttet til regionalt folkehelsearbeid, veiledning til kommuner mht. helse i plan og oversiktsarbeid, samt bidra i regionalt planarbeid med betydning for folkehelse.	RFK

Delmål 2: Alle samfunns-, areal og transportplaner i Rogaland skal ha et klart folkehelseperspektiv

Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
Kunnskap om helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for helse skal legges til grunn ved alle typer regionale og kommunale planer i Rogaland	Ansvar for å forankre folkehelseperspektivet i overordnet planverk, skal fastlegges i forpliktende samarbeidsavtaler i egen organisasjon og i nye partnerskapsavtaler med kommunene	RFK ved levekår i samarbeid med alle avdelinger internt og med partene i partnerskap for folkehelse i Rogaland

Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
RFK skal ved behandling av kommunale plansaker, vurdere og skriftlig redegjøre for om folkehelsehensyn er ivaretatt	Iverksettes som fast rutine ved behandling av alle plansaker i RFK	RFK ved levekår i samarbeid med Regionalplanavdelingen

Delmål 3: Styrket veiledning til kommunene i det lokale oversiktsarbeidet

Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
RFK skal styrke sin rolle som pådriver for kartlegging av helse-tilstanden i kommunene	RFK har gjennomført opplæring for kommunene i bruk av databasene knyttet til helsetilstanden i Rogaland	Rfk
	RFK skal ta initiativ til å opprette en felles ressursgruppe knyttet til oversiktsarbeidet i Rogaland	
RFK skal ha løpende oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for helse i Rogaland, og hvert fjerde år utarbeide et skriftlig utfordringsdokument	RFK skal vurdere om det i samarbeid med andre fylker kan utvikles en felles statistikkdatabase med integrert kartløsning der statistikk knyttet til alle sektorer i fylkeskommunens virksomhet kan legges inn og illustreres gjennom kartløsning.	RFK

Delmål 4: Økt kunnskap blant politikere og planleggere om påvirkningsfaktorer for helse og plangrep som kan bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller

Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
Alle politiske saker på regionalt nivå skal vurderes opp mot betydningen for helse og utjevning av sosiale helseforskjeller	Gjennomføre en dialogkonferanse med fokus på hvordan dette kan implementeres i praksis	Rfk
	Fast rutine iverksettes gjennom at det legges inn et eget punkt i malen for politiske saksfremlegg	Rfk

Delmål 5: RFK skal være pådriver for utvikling av trygge og helsefremmende lokalsamfunn

Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
RFK skal gjennom eksisterende økonomiske virkemidler i større grad støtte lokale nærmiljø-satsinger med et klart folkehelseperspektiv	Kartlegge aktuelle regionale tilskuddsmidler og vurdere om tildelingskriteriene kan endres i tråd med dette	Rfk
RFK skal utarbeide relevante veiledere for utvikling av helsefremmende lokalsamfunn	Kartlegge hva som allerede finnes av veiledere	RFK
Øke innsatsen i trafikksikkerhetsarbeidet i Rogaland	Øke antallet kommuner som deltar i konseptet «Trafikksikker kommune».	RFK Kommunene
Innarbeide trafikksikkerhets- og trafikantrettede tiltak ved planlegging og utbygging av veg og skoler	Konkrete tiltak på dette området må innarbeides i handlingsplanen for arbeidet i FTU.	RFK

Delmål 6: En større grad av reell medvirkning til regionale og lokale samfunns- og arealplaner i Rogaland

Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
Tilby lett tilgjengelig informasjon om hvordan planprosesser kjøres, påvirkningsmuligheter og aktuelle planer under arbeid	Kartlegge graden av og praksis for medvirkning til planer i dag	RFK, kommunene
Representanter for marginaliserte grupper, frivillige aktører, lokalt næringsliv og helse /oppvekstsektor, skal få tilbud om å medvirke i arbeidet med overordnede samfunns- og arealplaner	Etableres som fast rutine ved oppstart av planarbeid	RFK, kommunene



6 Delmål og strategier 2013–2017

Støttende miljø for psykisk helse

6.1 Bakgrunn

Psykiske lidelser er en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge i dag. Dette er tilfellet enten man måler i utbredelse, totale sykdomskostnader, samlet sykdomsbelastning, tapte arbeidsår eller kostnader til uføretrygd og sykefravær.¹⁹

Hvilke faktorer påvirker den psykiske helsen?

Psykiske lidelser oppstår i vekselvirkning mellom arvelige faktorer, personlige egen-

skaper som selvtillit og evne til mestring, samt miljømessige risiko- og beskyttelsesfaktorer. Til tross for at de arvelige faktorene kan bety mye for utvikling av enkelte psykiske lidelser, antas nivået av risiko- og beskyttelsesfaktorer i et samfunn å ha en større påvirkning for nivået av psykiske helseproblemer i befolkningen.

I tabell 1 til høyre er eksempler på friskfaktorer og risikofaktorer på ulike sosiale nivåer listet opp.

Tabell 1 Eksempler på beskyttelses- og risikofaktorer på ulike sosiale nivåer

BESKYTTELSESAKTORER OG RISIKOFAKTORER			
	Nivå	Beskyttelsesfaktorer	Risikofaktorer
Miljø-relaterte Faktorer	Samfunn	Sosial kapital (Samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold).	Sosial ulikhet Ikke fullført skolegang Arbeidsledighet Marginalisering og dårlig integrering av innvandrere og flyktninger.
	Lokal-samfunn Nærmiljø Bomiljø Arbeidsmiljø Barnehage Skole	Sosial integrasjon Mulighet til utfoldelse, bruk av egne evner og kontroll over egen livssituasjon.	Ressursfattige lokalsamfunn med lite samhandling. Bomiljøer med ustabil befolkning og liten grad av sosial integrasjon. Mobbing og andre forhold som øker sosial isolasjon og marginalisering. Dårlig læringsmiljø i barnehage og skole. Belastende arbeidsmiljø
	Gruppe, sosialt nettverk/familie, venner, naboer og andre relasjoner	Sosial støtte Aktivering	Sosial isolasjon, lite støttende nettverk Kroniske belastninger og negative livshendelser, konflikter Overgrep, mishandling
Individ-relaterte faktorer	Enkelt Individet	Individuelle mestringsressurser Positive temperamentstrekk	Lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over egen livssituasjon og manglende evne til mestring. Sårbar personlighet Helsefarlig livsstil Somatisk sykdom og medfødte funksjonshemminger.

Kilde: Rapport 2011:1 Bedre føre var, s.18, FHI 2011



6.2 Hovedprioriteringer

- Satse på helsefremmende skoler i videregående skole gjennom økt fokus på psykisk helse og sunne levevaner
- Videreføre eksisterende programmer og tiltak innen for psykisk helse i Rogaland
- Inkludere flere organisasjoner knyttet til psykisk helse i partnerskap for folkehelse i Rogaland
- Støtte folkehelsetiltak og prosjekter med fokus på å fremme god psykisk helse og sunne levevaner blant barn og unge, eldre og marginaliserte grupper i befolkningen

RFK sin rolle og funksjon:

- Skoleeier med ca. 16 000 skoleplasser
- Arbeidsgiver for mer enn 3500 ansatte
- Regional planmyndighet
- Forvalter av en rekke økonomiske tilskuddsordninger innenfor kultur og friluftsliv til tiltak med betydning for psykisk helse

Sentrale samarbeidspartnere:

- Frivillige organisasjoner
- Fylkesmannen i Rogaland
- Kommuner
- Statlige aktører
- Næringsliv

6.3 Delmål, strategier og tiltak 2013–2017

Delmål 1: Rogaland skal ha en samfunnsutvikling som støtter opp om en god psykisk helse i befolkningen

Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
Legge til rette for flere sosiale møteplasser for ungdom, voksne og eldre i Rogaland	Vurdere hvordan dette perspektivet kan forankres i regionalt og kommunalt planverk	RFK, Kommuner
	Ha særlig fokus på betydningen av sosiale møteplasser for ulike målgrupper, ved kartlegging av lokale folkehelseutfordringer	Kommuner
Legge til rette for en kunnskapsbasert integrering av flyktninger og innvandrere i lokalsamfunnet	Kartlegge og vurdere behovet for styrking av integreringstiltak i kommunene	Kommuner
Legge til rette for et variert og tilgjengelig kulturtilbud for mennesker fra alle sosiale lag	Bidra til at prosjekter som opplevelseskortet og den kulturelle nistepakken iverksettes i flere kommuner	RFK, Kommuner
	Kartlegge og evaluere eksisterende kulturtilbud i lokalsamfunnet	Kommuner
Støtte frivillige organisasjoner som tilbyr sosiale møteplasser og helsefremmende aktiviteter for barn, unge, eldre og marginaliserte grupper i befolkningen	Kartlegge hvilke frivillige organisasjoner som finnes i lokalsamfunnet og invitere de aktuelle aktørene til samarbeid for å løse lokale folkehelseutfordringer	RFK, kommuner, frivillige aktører
	Prioritere aktuelle tilskuddsmidler på regionalt og kommunalt nivå til denne type arrangementer	
Øke lavterskeltilbudet i kommunene mht. mestring av lettere psykiske plager, livskriser, rusproblemer osv.	Støtte opprettelse av lavterskeltilbud for psykisk helse i Frisklivs-sentralene gjennom partnerskapsmidler	RFK i samarbeid med Fylkesmannen og aktører i partnerskap for folkehelse
Alle kommuner i Rogaland skal ha en kunnskapsbasert boligsosial utbyggingspolitikk	Ved kartlegging av lokale folkehelseutfordringer, bør kommunene ha særlig fokus på dekingen av boliger for vanskeligstilte og vurdere behovet for forsterket innsats i det boligsosiale arbeidet. (Jmf. tiltak beskrevet i kapittel om Aktive og trygge lokalsamfunn)	Kommuner ved boligkontor/ oppvekst/ omsorg

Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
Inkludere flere organisasjoner innenfor psykisk helsefeltet inn i partnerskap for folkehelse	Invitere en ny frivillig organisasjon innenfor psykisk helse feltet inn i partnerskap for folkehelse	RFK ved levekår
Sikre god mobilitet for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne	RFK bør vurdere om det er behov for å endre kriteriene i TT-ordningen for å sikre at ordningen i størst mulig grad bidrar til å nå de gruppene som har størst behov mht. grad av funksjonsnedsettelse og inntekt	RFK, samferdsel

Delmål 2: Rogaland skal ha helsefremmende barnehager og skoler med høy kvalitet

Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
Styrke barnehage og grunnskole som en arena for å fremme god psykisk helse og forebygge utvikling av psykiske lidelser	Sikre at barnehager og skoler i Rogaland tilfredsstiller lovbestemte krav når det gjelder faglig kvalifisert personell og psykososiale forhold. Ved kartlegging av lokale folkehelseutfordringer bør det rettes særlig oppmerksomhet mot indikatorer for kvalitet i barnehage og skole. (F.eks. faglig kvalifisert personal, helsefremmende fysiske omgivelser, grad av mobbing / trivsel, tilgjengelighet i skolehelsetjeneste osv.) Vurdere å inngå som neste pilotfylke for prosjektet «Hverdagslykke», en kunnskapsbasert satsing rettet mot barnehagebarn, utarbeidet fra rådet for psykisk helse	Kommunene
Styrke videregående skole som en arena for å fremme god psykisk helse og forebygge utvikling av psykiske lidelser	Etablere en tilskuddsordning til støtte for langsiktige helsefremmende og forebyggende tiltak i videregående opplæring.	RFK
Videreføre Ny giv prosjektet		RFK



Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
Gi økonomisk støtte til frivillige organisasjoner som driver lavterskel helsefremmende prosjekter/ aktiviteter som støtter opp om en god psykisk helse blant barn og unge i barnehage og skole	Se dette opp mot eksisterende tilskuddsordninger og vurdere om det er behov for å foreslå endringer i kriteriene	RFK



7 Delmål og strategier 2013–2017

Sunne levevaner

7.1 Bakgrunn

Verdens helse organisasjon har anslått at åtte av ti hjerteinfarkt, ni av ti tilfeller av type 2-diabetes og over tre av ti krefttilfeller kan forebygges med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røyking.²⁰

Betydningen av et sunt kosthold

Regjeringens handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) fastslår at kostholdet påvirker helsen vår gjennom hele livet. Ernæring og kosthold er av avgjørende betydning for vekst og utvikling av fosterliv, spedbarnsalder og barne- og ungdomsårene.

Fysisk aktivitet og helse

«Det er ingen andre enkelttiltak som har større effekt på vår totale helsetilstand enn fysisk aktivitet.» Dette kan vi lese i Rapport

fra Miljøverndepartementet, med støtte fra Nordisk Ministerråd i 2008.

I mai 2010 ble Toronto-charteret utarbeidet, et globalt opprop om handling for økt fysisk aktivitet. I oppropet vises det til internasjonal forskning og oppsummerer dette slik:

«Fysisk aktivitet fremmer velvære, fysisk og mental helse, virker sykdomsforebyggende, øker fellesskapsfølelsen og livskvaliteten, gir økonomiske fordeler og bidrar til et bærekraftig miljø. Samfunn som støtter mangfoldig helsefremmende fysisk aktivitet, som er tilgjengelig for alle gjennom hele livsløpet uten økonomiske barrierer, kan oppnå mange av disse gevinstene.»



Friluftslivets betydning for folkehelse og livskvalitet

SINTEF vurderte i 2009 på oppdrag fra Friluftslivets fellesorganisasjon friluftslivets betydning for folkehelse og livskvalitet. Konklusjonen fra denne rapporten viste at fysisk aktivitet/friluftsliv har gunstig effekt på helsen for forebygging av hjertekarsykdommer og bedrer livskvaliteten. Det å oppholde seg i natur har stressreduserende effekt. Lengre og hyppigere besøk i grøntområder bedrer livskvaliteten blant brukere. **Økt aktivitet blant de som allerede deltar aktivt i friluftsliv vil ha gunstig effekt, men resultatene viste at den største helsegevinsten ligger i å få flere inaktive ut i naturen.**

Det oppfordres til fotturer og sykkelturen, både fordi dette er lavterskelaktiviteter sammenlignet med for eksempel alpint eller

fjellklatring, og fordi disse aktivitetene pekte seg spesielt ut i levekårsundersøkelsene.

Samfunnsøkonomisk nytte

De samfunnsøkonomiske gevinstene av økt friluftsliv vil være betydelige. I følge beregningene fra SINTEF vil en økning i friluftslivsaktiviteter ha en betydelig, selvstendig samfunnsøkonomisk verdi, både i form av rekreasjonsverdi og i form av reduserte kostnader til helsetjenester og til sykefravær. **Realisering av slike gevinster forutsetter imidlertid at man klarer å aktivisere grupper av befolkningen som i dag ikke allerede er aktive.**

Idrett og folkehelse

Idrett er en kilde til glede, overskudd, fysisk og psykisk mestring. Idrett handler også om deltakelse i sosiale fellesskap. Lokale idrettslag er gjennom sin brede tilslut-



ning i barnegruppen et av sivilsamfunnets viktigste bidrag til gode og trygge oppvekstsvilkår.

Idrett rekrutterer bredt og er en av samfunnets viktigste inkluderingsarenaer. Svært mange barn har erfaring fra idretten. Selv om oppslutningen blir gradvis lavere i løpet av ungdomsårene, er idrett en dominerende fritidsaktivitet også for denne aldersgruppen.

Det er imidlertid godt dokumentert at i idrettslagene er menn og folk med høy utdannelse i flertall, mens kvinner og personer med lav utdannelse og inntekt er bedre representert i egenorganisert trening og aktiviteter som friluftsliv, svømming og dans. I likhet med friluftsliv vil det derfor

være av stor samfunnsøkonomisk betydning å styrke innsatsen i arbeidet med å inkludere flere inaktive i idrett og aktivitet.



7.2 Hovedprioriteringer

- Helsefremmende barnehager og skoler
- Helse i plan
- Frisklivssentraler i alle kommuner i Rogaland

RFK sin rolle og funksjon:

- Regional planmyndighet
- Skoleeier med mer enn 16 000 skoleplasser
- Forvalter en rekke ulike økonomiske tilskuddsordninger med betydning for utvikling av sunne levevaner

Sentrale samarbeidspartnere

- Internt tverrfaglig samarbeid i RFK
- Kommuner, frivillige organisasjoner og regionale statlige aktører i partnerskap for folkehelse
- Fylkesmannen i Rogaland
- Næringsliv

Sentrale målgrupper for satsingen

- Sunne levevaner skapes i tidlig alder. Barn og unge er derfor en viktig målgruppe
- Enkelte innvandrergupper har særlig høy risiko for å utvikle for utvikling av type 2 diabetes og er en viktig målgruppe

7.3 Delmål, strategier og tiltak 2013–2017

Delmål 1: Rogaland skal ha en helsefremmende samfunnsutvikling som støtter opp om sunne levevaner i befolkningen

Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
Legge til rette for sunne valg og øke hverdagsaktiviteten på alle arenaer der folk lever og oppholder seg. (Eks: Gjennom helsefremmende barnehager, skoler, arbeidsliv, fritidstilbud, eldresentre, nærmiljø/lokalsamfunn osv.)	Se planrelaterte tiltak i kapittel 5 Kommunene bør ved kartlegging av lokale folkehelseutfordringer være særlig oppmerksom på: • Omfanget av livsstilssykdommer og status for levevaner i lokalbefolkningen. • Helsefremmende indikatorer i lokalsamfunnet. (F.eks. graden av universell utforming, sykkel/turstier, grøntområder i kommunen, samt muligheter for fysisk aktivitet og sunne valg i barnehager, skoler, arbeidsliv og eldresentre) Etablere en tilskuddsordning til støtte for helsefremmende og forebyggende tiltak i videregående opplæring Kartlegge kantinetilbudet i videregående opplæring	Offentlig, privat og frivillig sektor Kommuner
Legge til rette for økt hverdagsaktivitet gjennom å føre en areal- og transportplanlegging som støtter opp om aktiv og miljøvennlig transport, som gange, sykkel og økt kollektivbruk	Kontinuerlig prosess, se tiltak i kapittel 5	RFK
Støtte opp om universell tilrettelegging, sikring og drift av offentlige friområder. Oppgradering av friluftsområder i levekårsutsatte områder skal gis særlig prioritet	Vurdere om eksisterende tilskuddsordninger kan spisses mot oppgradering av friområder i levekårsutsatte områder Videre tiltak her må drøftes i forbindelse med rullering av FINK i 2014	RFK, kommuner

Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
Ha særlig fokus på universell utforming av friluftsområder og gi støtte til prosjekter med formål om universell tilrettelegging	Videre tiltak må drøftes i forbindelse med rullering av Fylkesdelplan for universell utforming i 2014	RFK, kommuner
Støtte opp om levevaneprosjekter i regi av frivillige organisasjoner rettet mot barnehage og skole	Evaluerer eksisterende tilskuddsordninger og vurderer om det er behov for endring i kriteriene	RFK, kommuner

Delmål 2: Økt innsats i arbeidet med å bidra til sunne levevaner blant inaktive grupper i Rogaland

Delstrategier for planperioden	Tiltak 2013	Ansvar
Videreføre prosjektet «Folkepulsen» for å inkludere inaktive grupper i idrett	Prosjektet pågår	RFK i samarbeid med Rogaland Idrettskrets
RFK skal prioritere tilskuddsmidler til levevaneprosjekter eller aktiviteter som er spesielt rettet mot å fremme sunne levevaner blant eldre, mennesker med nedsett funksjonsevne og marginaliserte grupper	Vurdere om det er behov for å endre kriteriene i eksisterende tilskuddsordninger knyttet til fysisk aktivitet og friluftsliv for å imøtekomme dette	RFK
Opprette flere frisklivssentraler i fylket og benytte helsefremmende velferdsteknologi som verktøy i frisklivsarbeidet	Flere kommuner etablerer Frisklivssentraler	Kommunene, fylkesmannen, RFK
Invitere frivillige organisasjoner og lokalt næringsliv til å delta i arbeidet med å fremme sunne levevaner i befolkningen	Kommunene bør kartlegge aktuelle frivillige og private aktører i sitt lokalsamfunn og invitere til samarbeid for å løse lokale folkehelse utfordringer	Kommuner, RFK, frivillige og private aktører



8 Partnerskap for folkehelse i Rogaland

8.1 Bakgrunn

Partnerskap for folkehelse i Rogaland vil være et sentralt virkemiddel for å realisere mål, strategier og tiltak i Regionalplan for folkehelse. Ved inngangen til 2013 hadde 24 av 26 kommuner i Rogaland positiv administrativ innstilling på deltakelse i partnerskapet. I tillegg deltar Helse Stavanger, de fire friluftsrådene i fylket, Stavanger og Haugesund Turistforening, Nasjonalforeningen for folkehelse og Jæren DPS i partnerskapet.

Målet med partnerskapet er å bygge et samarbeid som ikke er direkte koblet til helsetjenesten, men som er ment å sikre en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming til folkehelsearbeidet.

I 2013 er det satt av i overkant av 3,7 millioner kroner i stimuleringsmidler til fordeling blant aktørene i partnerskapet. Nivået på de årlige tildelingene vil avhenge av politiske prioriteringer.



Deltakelse i partnerskapet må forankres gjennom politisk vedtak og alle parter forplikter seg til å:

- Bevisstgjøre folkehelsefeltet i egen organisasjon.
- Synliggjøre folkehelsefeltet i egne plan-dokumenter og egen informasjons-virksomhet
- Bidra med faglig kompetanse, engasjement og arbeidsinnsats
- Motivere til aktivitet på lokalt nivå i tråd med regionale føringer og det lokale utfordringsbildet
- Stille med en egenandel tilsvarende det fylkeskommunale tilskuddet

8.2 Strategier for styrking og videre utvikling av partnerskapet i planperioden 2013–2017

Strategier for videre utvikling av partnerskap for folkehelse i Rogaland	Oppstart
Styrke de økonomiske ressursene til partnerskap for folkehelse for å sikre at dagens nivå på tilskuddsmidlene kan opprettholdes selv om partnerskapet utvides med flere aktører.	2013
Forankre mål, strategier og tiltak i Regionalplan for folkehelse i alle partnerskapsavtaler.	2013
Arbeide aktivt for å inkludere alle kommuner i Rogaland i partnerskapet.	2013
Invitere UiS og Høgskoler i Rogaland inn i partnerskapet med hovedformål om økt satsing på forskning og evaluering av tiltak i folkehelsearbeidet.	2014
Invitere flere organisasjoner innenfor feltet psykisk helse inn i partnerskapet.	2013
Inkludere NAV Rogaland i partnerskapet.	2014
Utarbeide klare retningslinjer og en konkret fordelingsnøkkel for fordeling av stimuleringsmidler i partnerskapet.	2013
Tilrettelegge partnerskapet som en arena for deling av erfaring og kunnskap gjennom årlige regionale samlinger, nettverkskonferanser ol.	2013
Arrangere et årlig seminar i partnerskapet med fokus på søknadstips og presentasjon av statlige og fylkeskommunale støtteordninger med betydning for folkehelse.	2013





9 Evaluering og videre oppfølging av planen

Å etablere gode evalueringsrutiner er en av hovedstrategiene for å oppnå målet om et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. I forbindelse med dette legges det opp til en årlig evaluering av planen, som sammen med handlingsprogrammet for påfølgende år, legges frem til politisk behandling. I forbindelse med handlingsprogrammet vil det i så stor grad som mulig bli lagt opp til å operasjonalisere de ulike tiltakene i konkrete måleindikatorer. Dette vil bidra til en mer presis evaluering av hvorvidt strategier og tiltak har hatt den ønskede effekten.

Videre vil det bli lagt vekt på å knytte nærmere kontakt med relevante utdannings- og forskningsinstitusjoner i fylket for å etablere følgeforskning som kan dokumentere i hvilken grad vi har oppnådd

hovedmål og hovedstrategier i løpet av planperioden. Innsatsen i dette arbeidet vil imidlertid avhenge av politiske prioriteringer og i hvilken grad det tilføres økte ressurser knyttet til forskning og evaluering.

Fylkesutvalget er referansegruppe for det videre arbeidet og det vil hvert halvår bli lagt frem en sak med orientering om status og fremdrift i arbeidet. Det legges videre opp til å forankre planen i nye avtaler med partene i partnerskap for folkehelse og i samarbeidsavtaler med hver enkelt avdeling i RFK.



Noter

- 1 Peder F. Hjort 1982
- 2 *Folkehelsearbeidet, veien til god helse for alle, Helsedir. IS-1846 2010*
- 3 *Medvirkning i samfunnsplanlegging og helsefremmende arbeid-* Norborg, RW, rapport nr.3, Møreforskning / Høgskulen i Volda, 2010
- 4 WHO 1986
- 5 NOU 1998:18.
- 6 *Folkehelsearbeidet, veien til god helse for alle*, s.20 – H.dir Rapport 2010
- 7 Regionalplan for et inkluderende samfunn 2010–2014
- 8 *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*, IS-1846, Helsedirektoratet, 2010
- 9 <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/roller-og-ansvar/Sider/default.aspx>
- 10 IS-1/2012 Rundskriv, Nasjonale mål og prioriterte områder for 2012, Helsedirektoratet
- 11 NOU 2011: 15: Rom for alle
- 12 Kilde: Planprogram for fylkesdelplan for areal og transport på Haugalandet 2010
- 13 Kilde: Kunnskapsgrunnlag for Regionalplan for folkehelse i Vestfold 2011–2014
- 14 Ungdomsfall og helseproblem – kva kjem først? A Strandheim J E Wold N Bentzen, 2007
- 15 St.meld. 23, 2003–2004
- 16 Kilde: Rapport 2011:1 Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger, FHI 2011
- 17 Rapport 2008:8 Levekårsundersøkelsen 2005. Utsatte grupper og psykisk helse, Myklestad, 2008
- 18 *FOREBYGGENDE HELSEARBEID I TEORI OG PRAKSIS*. 2 utgave. Oslo: Universitetsforlaget, Mæland, J.G (2005)
- 19 Kilde: Bedre føre var... FHI 2011
- 20 Kilde: The World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: The World Health Organization; 2002. Tilgjengelig fra: www.who.int/whr/2002/en/

Fotografer:

Anne Lise Nordhei, side 25 og 55

Destinasjon Stavanger, side 53

Harald Ebeltoft, side 6 og 40

iStock, side 14, 27, 28, 36, 48, 57, 60 og 64

Jon Guttu NBIR, side 8, 38 og 43

Andreas Vollan – lufteturen.no, side 18, 20, 38, 44, 50, 54, 56, og 65

Stavanger kommune, side 34

Torbjørn Rathe, side 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12–13, 23, 24, 34, 39, 41, 61 og 63

Framsidedfoto: **Knut Esig Sørensen, Stavanger kommune**

Layout og trykk: Spesialtrykk

**Vilje
gir vekst**



ROGALAND
FYLKESKOMMUNE

Postboks 130, 4001 Stavanger | Besøksadr. Arkitekt Eckhoffs gate 1, 4010 Stavanger | rogfk.no